

CERTIFICADO

Fecha 17/04/2024

El (la) Profesional que suscribe certifica que el (la) paciente:

Sofía Rivero Irreñolef

debe permanecer en reposo.

Desde 17/04/2024 Hasta 18/04/2024

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,

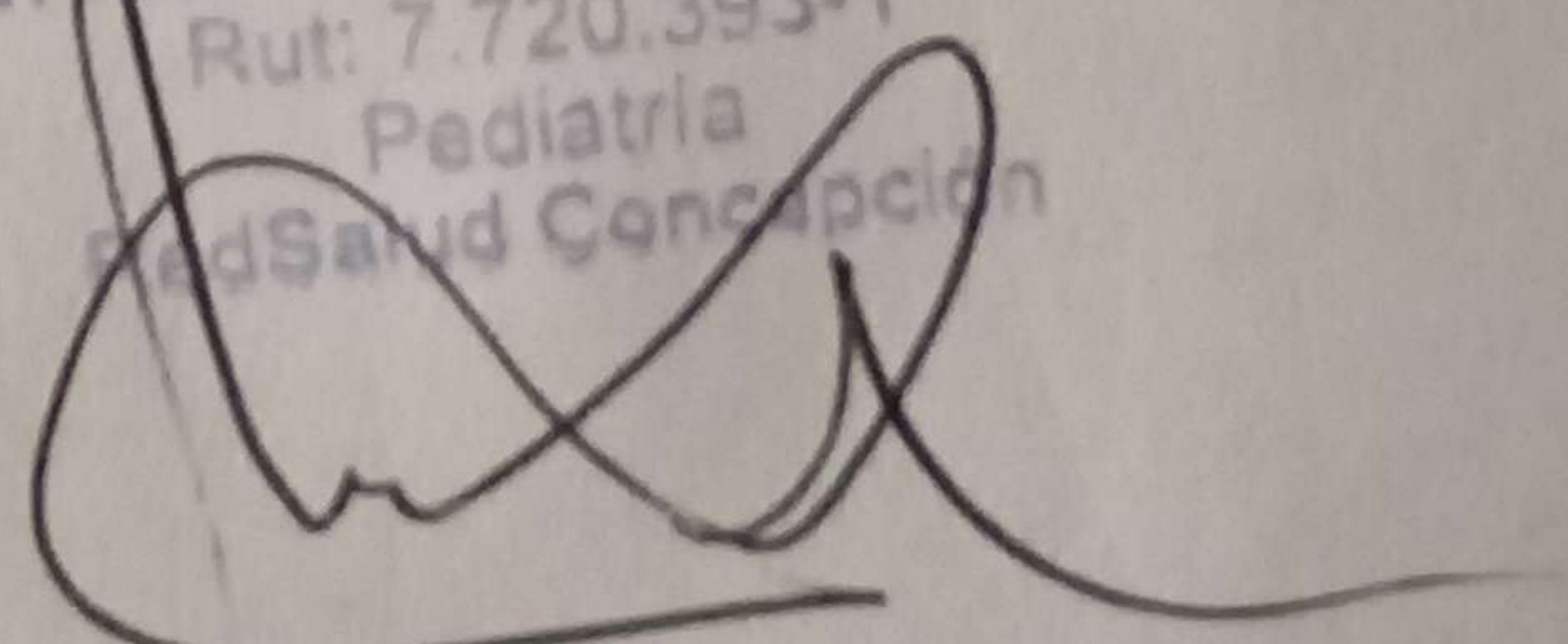
Diagnóstico:

Reñfanciaptis en
el solvivie

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para que sea presentado en:

o los fines que estime conveniente.

Dra. María C. Puga López D.
Rut: 7.720.393-1
Pediatría
MedSalud Concepción



Médico tratante